

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

N°

THÈSE

POUR LE

309

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Fernand MERIAN

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Lorient, le 21 juillet 1911

13 OCT 1943

Présentée et soutenue publiquement le.....1943

**A propos d'un cas
de compression trachéale
par adénopathie bacillaire
chez un nourrisson**

Président : M. DUVOIR, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **MERIAN**

Prénom : **Fernand**.

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

MERIAN (Fernand). — A propos d'un cas de compression trachéale par adénopathie bacillaire chez un nourrisson. — *Paris. Ed. Legrand et Bertrand, 1942. in-8° r., 48 p.*

Th. méd. (Etat), Paris, 1943, n°)

MERIAN (Fernand). — A propos d'un cas de compression trachéale par adénopathie bacillaire chez un nourrisson. — *Paris. Ed. Legrand et Bertrand, 1942. in-8° r., 48 p.*

Th. méd. (Etat), Paris, 1943, n°)

MERIAN (Fernand). — A propos d'un cas de compression trachéale par adénopathie bacillaire chez un nourrisson. — *Paris. Ed. Legrand et Bertrand, 1942. in-8° r., 48 p.*

Th. méd. (Etat), Paris, 1943, n°)

MERIAN (Fernand). — A propos d'un cas de compression trachéale par adénopathie bacillaire chez un nourrisson. — *Paris. Ed. Legrand et Bertrand, 1942. in-8° r., 48 p.*

Th. méd. (Etat), Paris, 1943, n°)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

Fernand MERIAN
Externe des Hôpitaux de Paris
Né à Lorient, le 21 juillet 1911

Présentée et soutenue publiquement le1943

**A propos d'un cas
de compression trachéale
par adénopathie bacillaire
chez un nourrisson**

Président : M. DUVOIR, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, EDITEURS
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

1943

I. PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Clinique Médicale	PASTEUR-VALLERY-
	RADOT.
	HARVIER.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL - LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	MONDOR.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	CADENAT.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	PORTES.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCQ.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	SANNIÉ.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES ...	Pathologie médicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
BERNARD (E.)	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
BEZANÇON (J.)	Hydrologie.	LANTUÉJOUL .	Obstétrique.
BONNET	Bactériologie.	LAVIER	Parasitologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LENÈGRE	Pathologie médicale.
CACHERA	Pathologie médicale.	M ^{re} J. LÉVY ..	Pharmacologie.
CORDIER	Anatomie.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MÉNÉGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
COUVELAIRE		MOLLARET ...	Pathologie médicale.
(Roger)	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DELAY	Pathologie médicale.	PETIT-DUTAIL-	
DEGREZ (H.)	Physique.	LIS	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	RENARD	Ophthalmologie.
DIGONNET	Obstétrique.	RICHET	Physiologie.
DOGNON	Physique.	SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale	SICARD	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BREN-		SOULIE	Pathologie médicale.
TANO	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
GALLIARD	Parasitologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
M ^{re} GAUTHIER-			
VILLARS ...	Anatomie pathologique.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LE LORIER ...	Obstétrique.
CHAILLEY-		NEVEU-	
BERT	Physiologie.	LEMAIRE ...	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
HEITZ-BOYER .	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		DE GAUDART	
CHEVALLIER.		D'ALLAINES.	
LAROCHE (G.).		MOULONGUET.	
LIAN.		MOURE.	
MOREAU.			
SÉZARY.			
MM.	Clinique obstétricale.		
ECALLE.			
VIGNES.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES GRANDS-PARENTS

A MES FRERES ET SŒURS

A MA FAMILLE ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVOIR

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de Médecine légale

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

LE DOCTEUR MAURICE LALLEMANT

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

*Qui m'a inspiré cette thèse ; avec
mes sentiments les plus reconnaissants
pour l'accueil qu'il m'a réservé dans
son service.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR MAURICE BOUCHET

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

*Qui m'a prodigué ses conseils au
cours de mes études ;*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de ma respectueuse gratitude.*

AU DOCTEUR EMILE LE PAVEC

*Qui a guidé mes premiers pas en
oto-rhino-laryngologie.*

En témoignage de reconnaissance.

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE NANTES

INTRODUCTION

L'adénopathie trachéo-bronchique est l'apanage de la primo-infection tuberculeuse, quel que soit d'ailleurs l'âge du sujet. Plus que l'âge du malade, c'est en effet l'âge de la maladie qui est le facteur essentiel de l'adénopathie médiastinale tuberculeuse. Or, s'il est exceptionnel qu'elle se révèle par des signes fonctionnels chez l'enfant, chez le nourrisson, elle peut, rarement il est vrai, déterminer un syndrome dyspnéïque dont on sait l'importance en pathologie infantile.

Notre but, au cours de cette étude, est de montrer que la compression trachéale par adénopathie tuberculeuse est une entité clinique dont nous avons groupé les éléments de diagnostic.

Bien que nous ayons recueilli plusieurs observations touchant à cette affection, nous avons mis en relief un cas particulièrement caractéristique traité dans le service de notre maître, le docteur LALLEMANT, à l'Hôpital Bretonneau. Nous le remercions d'avoir bien voulu mettre à notre disposition cette intéres-

sante observation et nous lui exprimons notre reconnaissance pour les directives qu'il nous a données.

Les docteurs BOELLE et DAUDIER ont eu l'obligeance de nous communiquer leurs observations personnelles sur des cas analogues, ils peuvent être assurés de notre gratitude.

Nous désirons également remercier les docteurs JULICH et ETIENNE à qui nous devons les résultats de l'autopsie qu'ils ont pratiquée.

HISTORIQUE

Il semble que LALOUETTE fut le premier, en 1780, à rattacher des troubles respiratoires à l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique.

CAYOL, en 1810, LEBLOND, en 1824, abordent la question des compressions trachéales. En 1830, LEY publie dans *The London Medical Gazetty* un article sur la respiration rauque des enfants et sur les rapports de ce phénomène avec un état morbide des ganglions thoraciques.

En 1836, LAENNEC émet quelques considérations sur les rapports entre les dégénérescences « scrofuleuses » des ganglions thoraciques trouvés à l'autopsie et les symptômes observés pendant la vie.

RILLIET et BARTHEZ, dans plusieurs périodiques, admettent l'influence de la compression dans les troubles respiratoires de l'enfant, niée par BERTOIN en 1842.

Quelques années plus tard, MARCHAL, DE CALVI, SDOEFFEL (1855), DURIAU et GLEIZE, EMPIS, dans leurs travaux sur le cornage bronchial étudient le cornage par rétrécissement de calibre des voies aériennes.

Dès lors, de nombreux auteurs s'attachent à l'étude de cette question. Citons TROUSSEAU, BOUCHY, BROUARDEL, GUENEAU DE MUSSY (1875). En 1885, PETERSON publie dans la *Deutsh Medical Woche*, un cas d'oblitération de la trachée par un ganglion bronchique caséeux. On trouve dans la thèse de TEUILLÈRE, à la même époque, une étude sur le mécanisme des compressions trachéales et dans celle de JOLY sur les accidents laryngés au cours de l'adénopathie, un essai de classification des dyspnées.

En 1903, GUINON rapporte à la Société Médicale, un cas de dyspnée survenu chez un nourrisson de trois semaines, dont la cause était une tuberculose des ganglions médiastinaux.

A la même époque, MARFAN présente un cas de rétrécissement de la trachée par le thymus ayant occasionné la mort et apporte ainsi des éléments de diagnostic différentiel.

Encore ces diagnostics étaient-ils rétrospectifs succédant à des découvertes d'autopsie. En 1907, BOUGAREL, élève de VARIOT, écrit sa thèse sur « Le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique des nourrissons par le cornage bronchitique expiratoire et la radioscopie ». C'est, croyons-nous, le premier ouvrage d'ensemble qui ait été réalisé sur la question. Mais, comme nous le verrons, au cours de notre étude, ce diagnostic était souvent entaché d'erreur, du fait de l'interprétation erronée du signe fonctionnel évoqué et de l'imprécision des résultats de la radio.

Ce n'est qu'avec l'apparition de la laryngoscopie et de la trachéo-bronchoscopie qu'a pu être établie au cours de la vie la réalité des compressions trachéales extrinsèques, au premier rang desquelles se place la compression par adénopathie bacillaire. Aux travaux publiés ces dernières années sur cette question, s'attachent les noms de CHEVALIER JACKSON en Amérique, de LIONEL COLLEDGE en Angleterre. En France plusieurs ouvrages parus récemment traitant de la sténose trachéale font une place à la compression par adénopathie bacillaire. Citons un article de LEMARIEY paru en 1937 dans les *Annales d'O.R.L.*, qui résume l'état actuel de la question des dyspnées laryngo-trachéo-bronchiques de la première enfance.



RAPPEL ANATOMIQUE

Le groupe essentiel ganglionnaire du médiastin antérieur est représenté par les ganglions péricaréo-bronchiques.

Les ganglions péricaréo-bronchiques se subdivisent en cinq groupes secondaires :

1° et 2° Les 2 groupes interbronchiques droit et gauche combleront en partie les fosses hilaires des deux poumons.

3° Les ganglions intertrachéobronchiques sont logés dans l'angle de bifurcation trachéale, derrière l'artère pulmonaire droite et devant l'œsophage.

4° Les ganglions prétrachéobronchiques droits sont disposés dans l'angle formé par la trachée et la bronche droite. Ils sont compris entre la veine cave inférieure, en avant, le pneumogastrique, en arrière, la crosse de l'azygos en bas, et la plèvre, en dehors.

5° Les ganglions prétrachéo-bronchiques gauches occupent l'angle de la trachée et de la bronche gauche. Ils sont coincés entre ces deux organes et la crosse aortique. Quelques-uns remontent jusqu'au-dessus de la crosse.

La chaîne récurrentielle commence au niveau de la bifurcation trachéale où elle se confond avec les ganglions prétrachéo-bronchiques. En haut, elle s'arrête à l'angle compris entre : œsophage en arrière, trachée et partie supérieure du larynx en dedans, lobe correspondant du corps thyroïde en avant. Elle est constituée schématiquement par 3 groupes de ganglions :

— Un inférieur : les plus volumineux (ils atteignent chez l'adulte la grosseur d'une noisette), au nombre de 5 à 6;

— Un moyen : deux à cinq ganglions de la grosseur d'un grain de chénevis, fort espacés;

— Un supérieur : deux à trois ganglions particulièrement inconstants, tout petits.

On peut observer la disposition en chaîne régulière sans formation d'amas distincts ou la fusion de deux groupes sur trois.

OBSERVATION

La petite Jeannine G..., âgée de 9 mois, entre dans le service du docteur LALLEMANT le 6 avril 1942.

Depuis une dizaine de jours, la mère avait remarqué une gêne de la respiration de l'enfant, s'accompagnant d'un bruit anormal. Les troubles, précise-t-elle, sont moins accentués dans la position couchée. Elle aurait noté également des crises de cyanose passagères. Alarmée par ces signes, elle consulte son médecin qui pense à une adénoïdite et l'envoie à l'Hôpital Bretonneau.

L'enfant est née à terme, pesait 5 kg. 400 à sa naissance. Elle a été nourrie au lait Nestlé et son poids a cru régulièrement depuis sa naissance.

Le père, âgé de 35 ans, a toujours été bien portant. La mère, âgée de 33 ans, a été atteinte de pneumonie en 1926. En 1934, elle aurait eu une pleurésie séro-fibrineuse. Actuellement, elle présente des bronchites fréquentes. L'examen clinique et radiologique n'a pas montré chez cette femme la moindre trace de lésion pulmonaire parenchymateuse ou pleurale.

A son arrivée dans le service, l'enfant présente une polypnée s'accompagnant de cornage expira-

toire. L'inspiration est parfaitement libre. On note que lorsque l'enfant crie et s'agite ce bruit disparaît. Il n'y a ni battement des ailes du nez, ni tirage sus ou sous-sternal. Le visage n'est pas cyanosé.

L'examen du pharynx à l'abaisse-langue ne montre rien d'anormal.

Le toucher permet de reconnaître que le cavum est libre : la paroi postérieure du pharynx ne présente aucune tuméfaction.

L'exploration des fosses nasales au stylet ne montre pas d'imperméabilité choanale.

L'auscultation ne révèle pas de souffle mais permet de déceler un foyer de râles fins à la base droite. Cette constatation ne permet pas de rapporter les signes fonctionnels à une lésion pulmonaire. D'ailleurs la température est à 37° et l'enfant n'a jamais eu de fièvre depuis le début de sa maladie. Malgré l'absence d'anamnestiques on pense à un corps étranger des voies respiratoires que l'on recherche à la radioscopie. Celle-ci montre l'absence de corps étranger mais permet de constater, d'une part, un élargissement de l'ombre médiastinale surtout prononcé à droite, et, d'autre part, une opacité de la base droite. On fait un cliché radiographique dont on n'attend pas le développement pour procéder aux divers examens endoscopiques.

Au laryngoscope, on croit d'abord trouver une asymétrie laryngée avec diminution de la mobilité du côté droit. En réalité cet aspect était dû à la pression

de la spatule. Les cordes vocales sont normales. La filière laryngée est libre.

On décide alors de pratiquer une trachéo-bronchoscopie.

La pénétration du tube de Chevalier Jackson présente d'abord une certaine difficulté. Par une pression un peu plus accentuée, on réussit à faire progresser le tube et on est frappé d'emblée par l'aspect de la trachée dont on ne distingue pas les anneaux. La muqueuse paraît épaissie et, d'autre part, la lumière trachéale est fortement diminuée par une voussure de sa paroi droite qui transforme la lumière du conduit en une fente antéro-postérieure. Le maximum de la voussure paraît être au niveau de la crosse aortique, mais du côté droit. En dessous, la bifurcation apparaît normale ainsi que l'origine des bronches souches.

L'absence de fièvre permet d'éliminer l'abcès endotrachéal et on conclut à une compression extrinsèque probable de la trachée par une masse médiastinale située du côté droit.

Sur le cliché radiographique, obtenu le 8 avril, il existe à la base droite un bloc limité en haut par la scissure inférieure et correspondant à une lobite pneumonique. Le sinus diaphragmatique est libre et il n'existe aucune image d'épanchement.

Le hile est assez large avec de grosses traînées qui paraissent correspondre aux vaisseaux dilatés sous la clavicule. Dans la région supra-hilaire existe une

ombre triangulaire qui se projette en position oblique dans le médiastin et qui correspond anatomiquement à un foyer adénopathique.

A gauche le champ pulmonaire est normal.

Les parents ayant insisté pour ramener leur enfant, la petite Jeannine G... quitte l'hôpital après qu'on eut fait une cuti-réaction.

Le 10 avril, la cuti se montre fortement positive. La dyspnée persiste, mais l'enfant est toujours apyrétique. On décide d'instituer un traitement radiothérapique et l'enfant est hospitalisée dans la journée du 10.

Dans la matinée du 11, première séance de radiothérapie.

Distance focale	22
Etincelle équivalente	26
Intensité.	3
Filtre.	50/10
Localisateur.	grand
Temps.	8 minutes
Quantité.	200 R.

Dans la journée du 11, l'enfant est un peu agitée; on prescrit deux centigrammes de Gardénal; le soir, la température est à 37°5.

Le 12 au matin, la température est à 38°5. Mais la nuit a été calme, l'état général est bon. Nouvelle séance de radiothérapie dans les mêmes conditions que la première. Dans les heures qui suivent, l'enfant est un peu pâle, abattue, refuse de boire. On fait

2 cc. de solucamphre; le soir, la température est descendue à 38°.

Dans la nuit du 12 au 13, l'enfant est très agitée; le rythme respiratoire s'accélère et le 13 au matin la température est à 40°. On prescrit des enveloppements frais, 2 centigrammes de Gardénal et on fait 2 cc. de solucamphre. La température est prise toutes les trois heures. A 15 heures, elle atteint 41° et à partir de ce moment, l'état de l'enfant ne fait qu'empirer. L'auscultation révèle un souffle très net de la base droite entouré d'une couronne de râles crépitants.

Le 14 au matin, la température est à 40°; le soir, elle remonte à 41° et l'enfant meurt dans la nuit du 14 au 15.

L'autopsie a montré, après ouverture du plastron sternal, une légère lame liquidienne dans la plèvre droite.

L'excision de la plèvre, découvre un foyer du type pneumonique occupant la totalité du lobe inférieur du poumon droit. La palpation fait percevoir un lobe compact, d'une induration homogène. La pression fait sourdre du pus.

Dans l'angle trachéo-bronchique droit, on note la présence d'un ganglion de la grosseur d'une noix, de consistance ferme.

On procède à l'ablation de ce ganglion dont la section montre la présence d'une masse caséeuse.

L'examen des autres organes ne décèle rien de particulier.

L'examen histologique de la pièce prélevée montre qu'il s'agit d'un ganglion entièrement caséifié. Le microscope révèle la présence de bacilles de Koch à l'examen direct d'un frottis.

DIAGNOSTIC

LA DYSPNÉE est donc le symptôme prédominant de la compression de la trachée. Chez l'adulte elle présente des caractères assez tranchés pour être distinguée de la dyspnée laryngée. Elle est à prédominance expiratoire, n'entraîne pas d'abaissement du larynx pendant l'inspiration, oblige le malade à s'asseoir dans son lit et à pencher la tête en avant, s'accompagne d'une toux rauque et aboyante. Les observations de sténose trachéale chez le nourrisson, que nous avons consultées, témoignent au contraire de l'extrême polymorphisme du syndrome dyspnéique. BOUGAREL, dans sa thèse de 1907, le décrit ainsi :

« La dyspnée trachéale présente un caractère essentiel : elle est manifestement expiratoire; elle s'accompagne d'un bruit de tonalité élevé, aigu même quelquefois. Ce bruit est enfin régulier, continu, ne se produit pas par crises. Classiquement, le cornage augmente dans la position couchée, augmente surtout pendant les mouvements, sous l'empire de la colère, d'une impression émotive quelconque. Il disparaît si l'enfant crie. »

Nous avons vu, au cours de notre observation, qu'au contraire le cornage diminuait dans le décubitus dorsal. Il en était de même dans une observation de GUINON. Par contre, nous avons noté également qu'il disparaissait quand l'enfant criait.

Quoiqu'il en soit, ces caractères ne nous semblent pas pathognomoniques de la dyspnée trachéale. La prédominance expiratoire cependant est à retenir, s'opposant à la dyspnée inspiratoire de la sténose laryngée : encore faut-il noter qu'une lésion laryngée sous-glottique peut présenter un tableau analogue à celui de la sténose trachéale.

Ces considérations ont d'ailleurs perdu beaucoup de leur intérêt depuis que les méthodes d'exploration directes nous permettent de repérer le siège exact de la sténose. C'est, en effet, la laryngoscopie directe suivie de la trachéoscopie qui donne la clef du diagnostic quand on se trouve en présence d'un « syndrome batard laryngo-trachéo-bronchique », suivant l'expression de LEMARIEY.

Cependant L'EXAMEN RADIOLOGIQUE précédant l'endoscopie permet de déceler une tumeur médiastinale, d'en préciser le siège, parfois la nature, et d'orienter ainsi le diagnostic.

La radioscopie effectuée dans les diverses positions ne montre que la présence d'ombres médiastinales surajoutées, à contours peu nets. Elle est notoirement insuffisante.

Un cliché radiographique de face montre un élargissement de l'ombre médiastinale débordant sur le

champ pulmonaire droit ou gauche; les contours se précisent, mais les résultats peuvent prêter à confusion et il faut lui adjoindre la radio de profil. Celle-ci a le grand avantage de montrer l'espace clair postérieur dans son plus grand diamètre. Les gros troncs vasculaires se trouvent sur un plan antérieur, confondus avec l'ombre cardiaque et dégagent ainsi beaucoup mieux les ganglions de la bifurcation. Lorsqu'il existe des ganglions caséeux dans cette région, ils se traduisent par une ombre arrondie ou ovalaire immédiatement au-dessous de la clarté de la bifurcation trachéale. De même, dans l'étage supérieur, on peut voir les ombres arrondies situées de chaque côté de la clarté trachéale.

Tels sont les caractères classiques de l'image radiologique de l'adénopathie trachéo-bronchique. Nous verrons plus loin que l'interprétation de cette image est en réalité très délicate et, à ce stade, on doit s'en tenir bien souvent à la notion imprécise de tumeur médiastinale.

C'est à l'endoscopie qu'il appartient de rapporter les signes fonctionnels à une compression de la trachée par cette tumeur.

Nous ne décrirons pas la technique de ces manœuvres actuellement courantes en laryngologie.

LA LARYNGOSCOPIE montre que la cavité laryngée est libre. Le larynx est recouvert d'une muqueuse fine, rosée, sur laquelle marque en contraste la blancheur des cordes vocales.

LA TRACHÉO-BRONCHOSCOPIE permet, à l'état normal, d'apercevoir les anneaux trachéaux : seule la face postérieure en est dépourvue. Aux efforts de toux cette paroi postérieure bombe en avant et cette déformation ne doit pas être prise pour une image pathologique.

En cas de sténose par compression, la difficulté de pénétration dans la trachée donne une première idée de la sténose. Mais il n'y a pas d'obstacle mécanique et la résistance cède à une pression à peine accentuée.

La muqueuse a conservé sa souplesse; une légère réaction inflammatoire se traduit par une rougeur diffuse. La présence d'une infiltration, d'une ulcération ou d'une végétation, témoignerait d'une forme déjà compliquée impliquant l'atteinte secondaire de la trachée par le processus tuberculeux.

Ce qui est caractéristique, c'est la forme elliptique de la trachée. La pression de la tumeur médiastinale détermine en effet une voussure latérale, dont le siège correspond à la tumeur décelée par la radio.

Enfin, UNE CUTI-RÉACTION, si elle est positive, permet d'affirmer qu'on est en présence d'une primo-infection tuberculeuse.

La recherche du diagnostic positif est donc passée par quatre étapes :

- une étape clinique;
- une étape radiologique;
- une étape laryngoscopique;
- une étape trachéo-bronchoscopique.

Au cours de chacune de ces étapes on sera appelé à discuter divers diagnostics. Dans l'observation que nous avons rapportée, la lenteur de l'évolution, l'absence de fièvre jusqu'à la date de l'examen, nous ont permis d'éliminer un certain nombre d'affections. Mais cette éventualité est exceptionnelle et dans la plupart des cas, il faudra envisager les diverses affections fébriles ou non déterminant un syndrome dyspnéique.

I. - ETAPE CLINIQUE. — En présence des symptômes fonctionnels présentés par l'enfant, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une *adénoïdite* simple. Mais les troubles dyspnéiques n'y atteignent jamais cette intensité. L'exploration digitale du cavum permet de rejeter ce diagnostic.

On pensera également à l'*abcès rétro-pharyngien*. Mais la dysphagie prime la dyspnée; le cri prend un timbre très spécial, la classique « voix de canard ». Un toucher rapide montrant l'intégrité de la paroi postérieure du pharynx élimine ce diagnostic.

On cherche ensuite à dépister une affection pulmonaire dont les signes physiques sont souvent frustes, au moins au début.

Dans la *broncho-pneumonie*, la dyspnée revêt un caractère bien spécial. Elle intéresse également les deux temps de la respiration; elle détermine le battement des ailes du nez si caractéristique de la broncho-pneumonie du nourrisson. L'apparition du foyer lève les doutes.

Une *tuberculose aiguë du poumon* donne des accidents asphyxiques. Mais la polypnée est continue, la prédominance expiratoire n'existe pas; la cyanose est accentuée et l'état s'aggrave rapidement.

La *bronchite capillaire* peut être évoquée, mais, ou bien il y a de la cyanose et une dyspnée intense avec des signes physiques presque nuls et, comme dans la tuberculose aiguë des poumons, une polypnée continue, ou bien une pluie de râles fins sous-crépitants remplissant toute la poitrine.

Nous en rapprocherons la *trachéo-bronchite fulgurante* qui se traduit par de la toux croupale, de la dyspnée avec cyanose et une température élevée. La rapidité de l'évolution permet de l'éliminer rapidement.

L'intensité des manifestations respiratoires peut également amener à rechercher la *crise d'asthme*.

En raison de la prédominance expiratoire de la dyspnée, cette éventualité ne doit être rejetée qu'après un examen minutieux.

La crise survient brusquement, entraînant une

dyspnée violente à paroxysmes nocturnes. L'expiration est prolongée, s'accompagnant d'un sifflement qui s'entend à distance.

La fièvre est à 38°-39°.

Les signes d'auscultation doivent être recherchés attentivement car ils existent toujours au cours de la crise d'asthme, souvent peu marqués, en désaccord avec l'intensité de la dyspnée.

On perçoit des râles ronflants et sibilants, ces derniers en plus grand nombre prédominant nettement à l'expiration qui est très longue; l'inspiration est courte, silencieuse et assourdie. On constate de temps à autre des râles muqueux en petit nombre et disséminés, avec prédominance aux bases. Le souffle est tout à fait exceptionnel.

Cette crise tourne court en vingt-quatre quarante-huit heures et on est impressionné par le bon aspect de l'enfant qui vient de présenter un syndrome en apparence si grave. Cette évolution s'oppose à celle de la dyspnée par compression trachéale. En l'absence de thérapeutique celle-ci a une tendance progressive à l'aggravation et ne laisse pas de rémission.

II. - ÉTAPE RADIOLOGIQUE. — L'examen radiologique s'impose immédiatement après l'étape clinique pour rechercher une lésion pulmonaire qui aurait pu échapper à l'examen somatique. Ainsi, l'apparition précoce des signes radiologiques précédant les signes physiques est classique au cours de la pneumonie de l'enfant.

Si le malade est apyrétique, l'examen radiologique cherchera à déceler la présence d'un *corps étranger* des voies aériennes. C'est en effet la première hypothèse qui s'impose à l'esprit en présence d'un syndrome dyspnéique sans température.

S'il s'agit d'un corps opaque, la radiographie en décèlera la présence sans erreur possible. S'il s'agit d'un corps transparent, l'examen sous écran, après injection de lipiodol intra-trachéal, lèvera les doutes. Mais ce dernier procédé implique des commémoratifs qui font le plus souvent défaut lorsqu'il s'agit d'un nourrisson. C'est l'examen trachéo-bronchoscopique qui, en dernière analyse, élimine ce diagnostic.

L'examen radiologique permet en outre de rechercher une collection purulente intéressant les organes voisins de la trachée.

RICHARDS a publié une observation d'abcès péri-trachéal dont le diagnostic ne fut posé qu'au cours de la trachéotomie. La dissociation des muscles de la région pérित्रachéale donna issue à un jet de pus. La radiographie faite avant l'intervention avait montré une ombre à la partie toute supérieure du thorax. Ce signe disparut après drainage de l'abcès.

L'hypertrophie du thymus est avec l'adénopathie trachéo-bronchique la cause la plus fréquente de compression de la trachée et le diagnostic peut être très difficile. La radiographie montre une ombre médiastine qui fait corps avec l'ombre cardiaque, limitée par des contours nets, également intense dans ses parties. Malheureusement, aucun de ces caractères

n'est pathognomonique. VIBERT cite dans sa thèse un cas d'hypertrophie du thymus, dans lequel il existait une ombre à contours circulaires débordant l'ombre vasculaire à droite. A l'autopsie, et après durcissement du conduit thoracique, en position normale, les coupes en série ont montré successivement un thymus très gros, une adénopathie caséuse masquée par ce dernier et enfin une lésion pulmonaire adjacente à cette adénopathie. « Il eût été, ajoute-t-il, bien difficile de faire sur le film un diagnostic exact de cette lésion. »

Enfin, en présence d'une hypertrophie ganglionnaire manifeste, on pensera à une maladie générale à localisation ganglionnaire comme la *leucémie*, la *lymphogranulomatoose maligne*.

Elle peut également constituer une tumeur ganglionnaire primitive tel que le *lymphosarcome*. Mais la tuberculose est la cause la plus fréquente de l'adénopathie trachéo-bronchique chez le jeune enfant. « Il est loin d'être démontré que l'hypertrophie ganglionnaire médiastinale non tuberculeuse soit une entité morbide décelable par le clinicien. »

Telle est la conclusion de la thèse de M^{lle} PETOT, inspirée par DEBRÉE. Une cuti-réaction, si elle est positive, tranche le diagnostic.

III. - ÉTAPE LARYNGOSCOPIQUE. — Nous passerons rapidement sur cette étape puisque permettant de constater l'intégrité du larynx, elle n'est qu'une transition, d'ailleurs indispensable, entre l'étape clinique et l'étape trachéoscopique.

L'attention devra se porter tout spécialement sur la sous-glotte. *La laryngite sous-glottique*, complication fréquente des maladies infectieuses de la première enfance, provoque en effet une dyspnée analogue à celle que détermine la sténose trachéale. L'œdème sous-glottique doit être recherché pendant une longue inspiration; il forme deux bourrelets sous-jacents aux cordes vocales, qu'ils doublent en quelque sorte et qui rétrécissent le champ glottique.

IV. - ETAPE TRACHÉO-BRONCHOSCOPIQUE. — Elle constitue le temps le plus important de notre examen car elle permet d'éliminer les sténoses intrinsèques de la trachée et de poser le diagnostic de compression extrinsèque.

En raison de la fréquence de cette éventualité chez l'enfant, on pensera d'abord à la présence d'un *corps étranger* dans la trachée ou dans les bronches. Subitement l'enfant a été pris d'une crise de suffocation, d'une toux convulsive, puis les signes s'atténuent et il ne persiste plus qu'une dyspnée plus ou moins intense avec de temps en temps des crises paroxysmiques. Ces commémoratifs, la crise du début, les accès de toux et de suffocation, forment pour GUISEZ un ensemble caractéristique. Mais souvent, c'est à l'insu de ses parents que l'enfant a avalé un corps étranger et son âge rend impossible tout interrogatoire. D'ailleurs, pendant un certain temps, le corps étranger est parfois bien toléré et n'entraîne aucun trouble fonctionnel. Aussi en présence d'une dyspnée

trachéale continuelle avec paroxysmes il faudra penser à la possibilité d'un corps étranger. Si l'accident est récent, il est le plus souvent facile de l'apercevoir dans la lumière du tube. Vu tardivement, les réactions inflammatoires de voisinage peuvent faire hésiter sur le diagnostic.

La diphtérie trachéo-bronchique primitive devra être envisagée. Le tableau clinique rappelle celui de l'obstruction bronchique avec une dyspnée de type expiratoire. La voix est claire, le larynx normal. Les commémoratifs manquent et le diagnostic est une découverte trachéoscopique. C'est souvent la présence, dans la partie haute de la trachée, de fausses membranes semblables, dit CHEVALIER-JACKSON, « à la peau de vinaigre », l'aspiration de lambeaux qui révèlent la cause des troubles asphyxiques. Mais souvent on se trouve en présence de formations beaucoup moins nettes plus ou moins membraneuses, mêlées à des sécrétions; le tout forme une bouillie compacte moulée sur l'arbre trachéo-bronchique. Un prélèvement « in situ » sera pratiqué et montrera le bacille de Klebs-Löffler.

Beaucoup plus rare est la *tuberculose primitive de la trachée*, MOORHEAD en a observé un cas chez un enfant de dix-sept mois. Cette observation a été résumée dans la revue de bronchoscopie de janvier 1938.

La tuberculose primitive de la trachée se manifeste soit par des ulcérations, soit par des végétations superficielles, soit par une tumeur.

Dans la forme ulcéreuse, la muqueuse trachéale,

quelquefois rouge, le plus souvent pâle, est infiltrée. Les ulcérations siègent surtout à la face postérieure et sont plus fréquentes à la partie inférieure au niveau de la bifurcation. Ce sont au début de simples érosions superficielles et circulaires à tendance extensive. Plus tard il existera une vaste ulcération occupant tout le pourtour de la trachée et s'étendant à presque toute sa hauteur. Les bords de l'ulcération sont festonnés, irréguliers et légèrement surélevés. Le fond est sanieux, rouge grisâtre, bourgeonnant par endroit; les anneaux cartilagineux sont parfois ulcérés et décollés du périchondre.

Les végétations siègent le plus souvent au niveau de la bifurcation trachéale. Le bourgeon peut être unique et avoir une large base d'implantation. Il est entouré d'une muqueuse souple et mobile mais un peu pâle. Il forme toujours un obstacle mécanique important qui entrave la respiration. Il peut exister au contraire de nombreuses végétations irrégulières, bosselées, gris rougeâtre.

La forme tumorale ne diffère de la précédente que par son extension aux différentes couches constituant la paroi trachéale.

L'abcès endo-trachéal donne à la bronchoscopie une image analogue à celle de la compression. La discrimination est parfois impossible par les seuls résultats de cet examen.

Dans les cas les plus typiques, la laryngoscopie directe pourrait révéler des modifications de l'image laryngée, normale, nous l'avons vu, en cas de com-

pression trachéale. La muqueuse est le siège d'une rougeur diffuse, des sécrétions filantes la recouvrent; les cordes vocales sont hyperhémées. La sous-glotte peut être occupée par un bourrelet d'œdème réactionnel, peu marqué semble-t-il, mais dont l'importance est grande. Toutefois la filière laryngée est peu modifiée; elle reste perméable dans une large mesure à l'air inspiratoire.

A la trachéoscopie, l'œdème déjà éventuellement décelé à la laryngoscopie, débute immédiatement au-dessous des cordes vocales; il augmente en descendant le long de la paroi postérieure pouvant déborder sur l'une ou l'autre des parois latérales.

Aux efforts de toux, la zone intéressée apparaît figée, la souplesse normale de la paroi postérieure a disparu.

Enfin, au niveau d'un segment formé par les trois premiers anneaux de la trachée, sur cette paroi postérieure, siège une voussure de quelques millimètres de dimension; une muqueuse rouge vif la recouvre; au point culminant, cette muqueuse très amincie menace de se rompre.

Telle est l'image de l'abcès endo-trachéal à travers la lumière du bronchoscope, à la période d'état. A cette période, ces signes permettent de le distinguer de la compression de la trachée par une tumeur médiastinale.

Mais si le malade est vu plus précocement, l'œdème n'a pas encore gagné le larynx qui présente une

image normale. Par contre, la compression médiastinale peut donner lieu à un œdème réactionnel. D'autre part, le siège de l'abcès peut n'être pas exactement postérieur, de même que la compression peut déterminer une voussure latéro-postérieure comme dans le cas que nous avons rapporté. On conçoit donc que la constatation de cette déformation puisse poser un problème délicat. C'est la critique serrée des signes cliniques et surtout radiologiques qui permettra de rapporter cette déformation à sa véritable cause.

PRONOSTIC

Le pronostic de la compression de la trachée doit être dissocié de celui de l'adénopathie bacillaire. En effet, la rétrocession de la dyspnée qui a pu être obtenue dans quelques cas sous l'influence du traitement n'implique pas une évolution favorable de la tuberculose causale.

Pour Léon BERNARD, le pronostic de l'adénopathie caséuse de la primo-infection est fatal. A son avis, si l'on ne voit pas aux autopsies de grands enfants ou d'adultes des ganglions entièrement caséux ou entièrement calcifiés, c'est que ceux qui en étaient porteurs sont morts dès leur primo-infection. COMBY s'est élevé contre la sévérité de ce pronostic et il nous paraît intéressant de rapporter ici une observation du docteur Guinon qui semble lui donner raison.

Observation du Docteur Guinon (Hôpital Bretonneau)

Marthe W..., âgée de trois mois, est amenée à l'hôpital pour un tirage datant de trois semaines, entrecoupé de crises de suffocation.

L'enfant est en contact permanent avec son père, tuberculeux avéré, dans les crachats duquel on a trouvé des bacilles de Koch.

C'est l'enfant unique d'un second lit, le père ayant perdu sa première femme de tuberculose ainsi qu'un enfant de treize mois.

Marthe W., est au sein depuis sa naissance.

Au premier examen, le 1^{er} novembre 1918, on se trouve en présence d'une enfant normalement développée mais pâle avec un aspect anxieux et fatigué. Le cornage nasal expiratif est intense, accompagné d'un tirage sus et sous-sternal qui s'accroît au moindre mouvement, au moindre cri de l'enfant.

Aucune modification à la percussion du thorax, mais l'auscultation révèle une bronchite généralisée. La cutiréaction est fortement positive et la radiographie montre une tache sombre ayant l'aspect net de ganglions dans la région hilare droite avec une ombre moins opaque dans le tiers supérieur du poumon droit et la région para-vertébrale gauche.

L'enfant est soumise à la radiothérapie. Chaque séance est suivie d'une amélioration progressive, les crises de suffocation diminuent les premières, puis le tirage et le cornage.

Après cinq séances espacées de douze jours, on suspend le traitement, c'est-à-dire deux mois après le début. Le syndrome s'est amélioré dans son ensemble. Une deuxième radiographie faite à ce moment, montre encore la masse ganglionnaire, mais la zone périganglionnaire est nettement éclaircie. Pendant quatre mois encore, l'enfant a de temps à autre une crise légère et passagère de tirage.

Revue huit mois après le début de la maladie, elle est complètement guérie. Depuis deux mois tous les accidents ont disparu, l'enfant a grandi et augmenté de poids normalement.

Mais on ne saurait opposer des arguments basés sur des diagnostics cliniques à des constatations anatomiques. Or nous ne connaissons réellement l'existence de l'adénopathie caséuse que par les constatations nécropsiques.

RIST et AMEUILLE confirment les idées de LÉON BERNARD. Pour eux, et leurs observations le montrent bien, les grosses adénopathies caséuses donnant une ombre juxta-trachéale droite sont d'un pronostic fatal.

Nous nous rallions à l'opinion de VIBERT qui fait dépendre le pronostic de l'anatomie pathologique. « Lorsque les ganglions sont entièrement caséux, dit-il, c'est qu'il s'agit d'une infection tuberculeuse rapidement mortelle. On doit supposer que les primo-infections qui ne se terminent pas par la mort ne s'accompagnent pas de ganglions volumineux et entièrement caséux. » L'observation que nous avons rapportée au début de cette étude corrobore cette opinion. La mort fut le fait d'une pneumonie tuberculeuse sans que d'ailleurs l'intensité de la dyspnée constituât à aucun moment une menace d'asphyxie.

Cette éventualité n'est pas à rejeter. Nous avons relevé plusieurs cas de compression trachéale par adénopathie bacillaire qui ont nécessité la trachéotomie suivie de l'introduction d'une canule descendant au-dessous de la sténose. En aucun cas cette intervention palliative ne sauva le malade.

Une autre complication locale des plus graves peut mettre en danger immédiat la vie du malade, la per-

foration de la trachée. Un ganglion tuberculeux adhère parfois à la trachée, provoque en l'attirant à lui « un diverticule de traction », puis par ce diverticule il y vide son contenu caséeux. C'est ainsi que RECKLINGHAUSEN explique la perforation de la trachée par des ganglions tuberculeux. Dans sa thèse, CAYOL cite trois observations de la perforation de la trachée par des ganglions tuberculeux. Dans une observation de GUISEZ cet accident s'est traduit par une vomique entraînant la disparition des phénomènes de compression. C'est le seul cas que nous ayons relevé d'une évolution aussi favorable. GAUDIANI rapporte le cas d'un enfant de trois ans qui a succombé à cet accident malgré une trachéotomie d'urgence; à l'autopsie, on trouva que la masse caséeuse avait amené l'obstruction complète de la bronche gauche et partielle de la bronche droite.

Cette ouverture est parfois si soudaine qu'elle entraîne une mort subite. WOELKER relate le cas d'un enfant, bien portant en apparence, qui succomba en vingt minutes. PETERSON cite au contraire l'observation d'une petite fille de six ans qu'il put guérir par une trachéotomie.

La perforation de la trachée constitue donc une menace d'une extrême gravité. Cette éventualité est cependant exceptionnelle et dans la majorité des cas, c'est de l'évolution de la tuberculose que dépend le pronostic.

TRAITEMENT

Le traitement de la compression trachéale consiste d'abord à lutter contre la dyspnée dont le retentissement sur l'état général n'est pas douteux. On instituera donc un traitement symptomatique : les enveloppements frais, les antispasmodiques apporteront quelque soulagement au malade.

Mais la menace d'asphyxie peut nécessiter un traitement d'urgence dont dépend sa vie.

L'éventualité d'une trachéotomie peut être envisagée. Si l'on se décide à cette intervention on pratiquera une trachéotomie basse et on utilisera une canule suffisamment longue pour atteindre la limite inférieure de la sténose. L'inconvénient de cette méthode réside dans l'apparition de complications pulmonaires fréquentes même chez un sujet indemne de toute lésion tuberculeuse. Sur un terrain bacillaire qui se manifeste par une adénopathie médiastinale, la trachéotomie risque donc de précipiter l'évolution d'une lésion qui, pour n'avoir pu être décelée cliniquement, n'en existe pas moins.

Le traitement de choix est réalisé par l'irradiation de la surface correspondante à l'adénopathie par les rayons X.

Cette thérapeutique a été appliquée avec succès dans plusieurs cas de tumeur tuberculeuse. HICQUET et HENNEBERT de Bruxelles la préconisent dans le traitement de la tuberculose sous-glottique. ZANGE a publié des statistiques sur les résultats obtenus par la roentgenthérapie dans les tuberculoses laryngées.

BARON et GAUDUCHEAU, de Nantes, rapportent un succès obtenu dans ces conditions sur un cas de tuberculose primitive de la trachée. Enfin, nous avons relaté au chapitre précédent la guérison d'une compression trachéale par adénopathie bacillaire due à cette méthode.

Cette observation de GUINON nous semble cependant insuffisante pour conclure à l'efficacité du traitement. Nous avons relevé une observation publiée dans le Bulletin Officiel de la Société française d'électrothérapie et de radiologie d'octobre 1920 par le professeur NOBÉCOURT et le docteur DUHEM, des Enfants-Malades, qui constitue un sérieux encouragement en faveur de cette méthode.

Un enfant de 6 ans entre à l'Hôpital des Enfants-Malades avec un état général des plus inquiétants, cyanose intense, avec accès dyspnéiques fréquents et paroxysmiques qui pouvaient faire craindre rapidement une issue fatale. A la radioscopie, tout le médiastin supérieur était occupé par une masse opaque globulée, à contours nets et assez régulièrement arrondis qui, au

premier abord, fut pris pour une hypertrophie du thymus en raison de son siège et de la régularité de ses contours.

Mais les avis étaient partagés et M. le Professeur HUTINEL inclinait à penser qu'il s'agissait plutôt d'une adénopathie tuberculeuse du médiastin, volumineuse, comprimant la trachée, ainsi que les vaisseaux et nerfs du cou.

Un spécialiste de chirurgie infantile consulté sur l'opportunité d'une intervention sanglante, la déclara inutile, vu l'état de l'enfant qui était devenu à ce moment-là très grave.

A tout hasard on fit au petit malade une séance de radiothérapie dans laquelle on fit absorber une dose relativement élevée de rayons X évaluée environ à 4 unités H.

Les résultats furent surprenants et immédiats : l'oppression diminua beaucoup quelques heures après la séance et deux jours après, le tirage avait disparu et la respiration était redevenue à peu près normale.

Un deuxième examen radioscopique montra un véritable éclatement de la tumeur dont les débris ne gênaient en rien la respiration.

Ultérieurement, l'évolution de l'affection montra qu'il s'agissait bien d'une adénopathie trachéo-bronchique d'origine bacillaire qui nécessita alors un second séjour à l'hôpital. Après un certain temps, l'enfant quitta le service où il était affecté et on n'a plus eu de ses nouvelles.

Nous devons reconnaître qu'à ces deux cas de guérison on pourrait opposer de nombreux échecs. AIDAN, élève du docteur DUHEM, écrit dans la conclu-

sion de sa thèse sur le « Traitement du syndrome de suffocation par la radiothérapie » : les échecs que nous avons observés se rapportent le plus souvent à des cas de compression trachéale par adénopathie bacillaire.

Il n'en reste pas moins que les rayons X ont une action indiscutable sur les foyers tuberculeux comme l'établit JOVIN, de Bucarest, dans le récent traité d'électrothérapie de DELHERM et LAQUERRIÈRE. La modalité d'action nous est d'ailleurs inconnue mais il nous suffit d'un succès nettement caractérisé pour que nous recherchions dans cette méthode la guérison de cette affection grave que constitue la compression trachéale par adénopathie bacillaire.

CONCLUSIONS

I. - La dyspnée consécutive à la compression de la trachée par adénopathie bacillaire chez le nourrisson est une affection rare. On pensera à la rechercher après avoir éliminé par un examen minutieux clinique, endoscopique et radiologique, les causes banales des dyspnées de l'enfance.

II. - Le diagnostic de compression trachéale extrinsèque repose essentiellement sur la trachéobronchoscopie qui montre le rétrécissement de la lumière trachéale et l'absence de corps étranger.

La radio permet de rapporter cette sténose à sa cause véritable en décelant une tumeur médiastinale.

L'association d'une modification du parenchyme pulmonaire à l'hypertrophie d'un ou de plusieurs ganglions trachéo-bronchiques, une cuti-réaction positive, permettront d'affirmer la nature tuberculeuse de l'affection.

III. - Le pronostic en est toujours grave. Outre les phénomènes asphyxiques qui peuvent résulter de la compression trachéale, la menace d'ouverture du

ganglion caséeux dans la trachée représente le danger le plus immédiat.

La compression trachéale témoigne de la gravité de la localisation de la primo-infection tuberculeuse.

IV. - Le traitement de cette compression consistera en application de rayons X sur la surface correspondante à l'adénopathie, indépendamment du traitement symptomatique de la dyspnée.

VU : *Le Doyen,*
A. BAUDOUIN.

VU : *Le Président de Thèse,*
DUVOIR.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- AIDAN. — Syndrome de suffocation. Radiothérapie. (*Thèse Paris*, 1928.)
- AVERENS. — Contribution à la sténose trachéale. (*Thèse Bordeaux*, 1921.)
- BARON et GAUDUCHEAU. — Un cas de tuberculose primitive de la trachée (publié à la *Société de Radiologie de l'Ouest*, janvier 1938, et à la *Société d'O. R. L. de Paris*, mars 1938.)
- BOUGAREL. — L'adénopathie trachéo-bronchique des nourrissons, son diagnostic par le cornage bronchitique expiratoire et la radioscopie. (*Thèse Paris*, 1907.)
- CALICETTI. — Les lésions trachéales dans la tuberculose pulmonaire. (*O. R. L. italienne*, vol. 1, page 14, 28 août 1930.)
- CAYOL. — De la phtisie trachéale. (*Thèse Paris*, 1810.)
- CHEVALIER JACKSON. — Traité de bronchoscopie.
- FAIREN. — De la compression bronchique dans les adénopathies du médiastin (Saragosse, 1922). Analyse. (*Annales O. R. L., Paris*, 1922, pp. 842 et suiv.)
- GAUDIANI. — Ouverture de ganglions tuberculeux dans la trachée et les bronches. (*Deutsche med. Woshe.*, 1904, n° 24.)
- GUENEAU DE MUSSY. — Etude clinique sur l'adénopathie trachéo-bronchique. (*Gazette des Hôpitaux*, 1868, n° 67-68; *Clinique médicale*, 1874, p. 565.)
- GUINON. — Sur l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse des jeunes nourrissons. (*Bull. Soc. de Péd.*, 1904.)
- Dyspnée chronique mortelle par adénopathie trachéo-bronchique ayant débuté à l'âge de trois semaines. (*Société Médicale*, 5 juin 1903.)
- HOCHBERG. — Sur quelques cas de dyspnée paroxystique et suffocante dans la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques chez l'enfant. (*Thèse Paris*, 1920.)
- JOLY. — Accidents laryngés dans l'adénopathie trachéo-bronchique. (*Thèse Paris*, 1895.)

- JOVIN (de Bucarest). — Article sur les adénopathies tuberculeuses dans le *Traité de radiothérapie de Delherm et Laquerrière*, t. II, 1938, pp. 423 et suiv.
- LEMARIEY. — Les dyspnées aiguës laryngées et laryngo-trachéales de l'enfant. (*Annales O. R. L.*, 1937, pp. 77 et suiv.)
- LEMOINE. — Contribution à l'étude de la tuberculose primitive de la trachée. (*Thèse Paris*, 1938)
- LIONEL COLLEDGE. — Obstructions de la trachée. Analyse. (*Revue O. R. L.*, 1937, p. 359.)
- MAILLARD. — A propos de deux cas d'abcès endotrachéal. (*Thèse Paris*, 1935.)
- MOORHEAD. — *Revue de bronchoscopie, d'œsophagoscopie et de gastroscopie.*
- PETERSON. — Oblitération de la trachée par un ganglion bronchique caséux, trachéotomie, guérison. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 11, 1885. Analyse *Annales O. R. L.*, Paris, 1885, p. 389.)
- PETOT. — L'adénopathie médiastine non tuberculeuse chez l'enfant. (*Thèse Paris*, 1928.)
- PRECECHTEL (de Prague). — Les sténoses trachéales par compression. (*Sociétés Savantes. Séance du 6 février 1926.*)
- SAGOT. — Mort subite dans l'adénopathie trachéo-bronchique. (*Thèse Lille*, 1897.)
- SYME. — Quelques affections de la trachée. (*The Journal of Laryngology*, juin 1924; Analyse : *Annales O. R. L.*, 1925, p. 329.)
- TEULLERE. — Complications mortelles de l'adénopathie trachéo-bronchique. (*Thèse Paris*, 1887.)
- VARIOT. — Cornage expiratoire bronchitique des nourrissons. (*Bulletin Société de Pédiatrie*, 1904.)
- VIBERT. — L'adénopathie trachéo-bronchique dans la tuberculose infantile. (*Thèse Paris*, 1929.)
- WOELKER. — Ulcération of a caseous bronchil gland into-trachéa. (*Transactions of pathol. Society, Londres*, 1898.)

